



النسر العربي للتأمين
عضو في مجموعة البنك العربي

طلب إصدار بطاقة تأمين صحي بدل فاقد

اسم المؤمن له: _____
رقم ونوع البوليصه: _____
اسم الوكيل: _____

السادة شركة النسر العربي للتأمين/ قسم خدمة العملاء،

الرجاء تزويدي بنسخة بدل فاقد لبطاقة التأمين الصحي أعلاه كون البطاقة غير موجودة لدي
وسأعمل على إعادة البطاقة في حال العثور عليها.

اسم المؤمن له: _____
تاريخ الطلب: _____
التوقيع: _____

** يرجى العلم أنه سيتم إستيفاء مبلغ وقدره (خمسة دنانير أو ما يعادلها بالدولار الأمريكي) نسخة
بدل فاقد لبطاقة التأمين الصحي.